

Рекомендовано д. фарм. н., професором А. А. Котвіцькою

УДК 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

РОЗРОБКА МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗНИКА «ПОРІГ ГОТОВНОСТІ ПЛАТИТИ» ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Г. Л. Панфілова

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: panf-al@ukr.net

У статті наведено результати аналізу існуючих методик визначення показника «порога готовності платити» за використання різних медичних технологій з метою збереження життя, а також здоров'я на відповідному якісному рівні. Автором окреслені основні обмеження у використанні різних методик та визначені напрямки їх перспективного застосування у вітчизняній охороні здоров'я та фармацевтичному забезпеченні населення. Обґрунтована необхідність розробки національно адаптованих методик визначення показника «поріг готовності платити» у різних країнах світу, які мають враховувати особливості у формуванні найвищих суспільних цінностей і рівень розвитку систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення. Визначено, що «поріг готовності платити» є комплексним за змістом, універсальним у використанні і таким, що динамічно розвивається, показником. За результатами проведених досліджень визначені заходи та окреслені умови щодо їх ефективного використання на шляху реформування національної системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення у напрямку запровадження гуманістичних принципів розвитку суспільства.

Ключові слова: поріг готовності платити, поріг фармакоекономічної доцільності, фармакоекономічний аналіз.

Постанова проблеми. Ефективне виконання євроінтеграційних намірів України щодо впровадження гуманістичних принципів в організацію медичного і фармацевтичного забезпечення населення потребує залучення колосальних фінансових ресурсів. За умов різкого падіння внутрішнього валового продукту (ВВП) та фінансової кризи в країні все більшого значення набувають праці, в яких розглядаються питання раціонального використання обмежених ресурсів, зокрема у соціально орієнтованих галузях економіки, якими є медицина і фармація.

Г. Л. Панфілова – доктор фарм. наук, професор кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Один із сучасних підходів до оцінювання межі ефективності витрат держави та суспільства в системі охорони здоров'я (ОЗ) і фармацевтичного забезпечення (ФЗ) населення передбачає використання методу фармакоекономічної доцільності («cost-effectiveness threshold») та аналізу показника «порог готовності платити» (ПГП) за один збережений рік якісного життя (ЯЖ) хворого [5, 13, 21].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню показника готовності платити за використання тієї чи іншої медичної технології (МТ) та його порогових значень значна увага приділялась у зарубіжних виданнях, що висвітлюють питання організації соціально орієнтованих моделей надання медичної і фармацевтичної допомоги (ФД)

різним групам хворих. На початку 2000-х рр. групою російських учених (О. В. Деркач, П. А. Воробйовим, М. В. Авксентьевою) уперше на теренах колишнього СРСР були проведені дослідження показника ПГП на прикладі групи хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок [4]. У дослідженнях використовувалися дані експертного опитування фахівців ОЗ і хворих, що проходили лікування в Інституті хірургії ім. О. В. Вишневського РАМН та Головному військовому госпіталі ім. акад. М. Н. Бурденка. Наукові дослідження у зазначеному напрямку успішно продовжувалися й далі й уперше показник ПГП у системі ОЗ і ФЗ населення на макроекономічному рівні були визначені групою вчених під керівництвом Р. І. Ягудіної [15]. На прикладі федеральної програми «7 нозологій» науковцями було доведено, що лише 3 найменування лікарських препаратів (ЛП) із 18-ти, що були представлені у переліку ЛП, які використовуються при лікуванні рідкісних захворювань, відповідають розрахованим значенням ПГП. Протягом 2010-2013 рр. співробітниками ЦНДІ організації та інформатизації ОЗ Російської Федерації (РФ) за участю співробітників Московського науково-дослідного онкологічного інституту ім. П. О. Герцена проводилося дослідження, метою якого стала оцінка ПГП онкологічних хворих залежно від соціально-економічних і демографічних показників. Систематизація отриманих результатів опитування представлена у працях О. В. Зеленової та ін. [5, 13].

У 2011 р. у вітчизняній літературі були представлені результати досліджень (А. І. Данилов, М. Павлова, І. М. Грига, В. Гроот, 2009 р.) з оцінки готовності сплачувати за послуги лікарів за рахунок власних коштів при первинному контакті у разі амбулаторного відвідування закладів ОЗ [3]. Уперше в Україні показник ПГП на макроекономічному рівні був визначений та проаналізований у динаміці років Г. Л. Панфіловою [10, 12]. У подальшому групою науковців були оприлюднені дані аналізу порогових значень можливих витрат за використання інноваційної медичної технології (ІМТ) у лікуванні хворих на лейкоз [11].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. При цьому слід

зазначити, що, за оцінкою фахівців, в Україні відсутні сучасні методологічні підходи у визначенні показника ПГП, які б враховували особливості розвитку вітчизняної ОЗ і ФЗ населення та напрямки їх реформування з урахуванням реалій сьогодення [7, 12, 16]. Це й зумовило основний напрямок досліджень.

Формулювання цілей статті. Розробити національно адаптовані методологічні підходи до визначення показника ПГП та обґрунтувати напрямки використання результатів його аналізу в організації надання ефективної медичної допомоги (МД) та ФД населенню. Для цього необхідно було вирішити такі завдання: провести історичний аналіз процесу становлення й використання даних аналізу показника ПГП в організації лікувального процесу та надання хворим ФД; проаналізувати існуючі підходи до визначення ПГП у світовій практиці; відповідно до основних напрямків реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ населення із урахуванням прогнозів розвитку країни у найближчій перспективі розробити методологічні підходи до визначення ПГП та окреслити напрямки використання даних ПГП у практичній ОЗ і ФЗ населення.

Викладення основного матеріалу дослідження. Уперше в економічній теорії поняття «готовності платити» (англ. willingness to pay – WTP) за будь-який товар або послугу було запроваджено у 1962 р. Жаком Дрезом – бельгійським економістом, який зробив значний внесок у розвиток економічної теорії, економетрики, економічної політики і теорії лідерства [1, 8, 19]. Науковцем був запроваджений інноваційний методологічний підхід до оцінки ефективності витрат у різних галузях економіки та суспільного життя. У працях Дреза зазначалось, що показник WTP визначає максимальне значення у вартісному вираженні згоди покупця віддати гроші в обмін за певний товар або послугу. Як зазначають фахівці, Дрезом уперше була встановлена залежність значень ПГП від умов середовища, що нас оточує, насамперед від рівня життя у конкретній країні [18, 19]. Унаслідок активного розвитку економічної думки у цьому напрямку вже у середині 70-х рр. минулого століття у спеціальній літературі

Таблиця 1

АНАЛІЗ РІЗНИХ МЕТОДИК РОЗРАХУНКІВ ПГП У СИСТЕМІ ОЗ І ФЗ НАСЕЛЕННЯ

Методика, назва показника	Ким запроваджено та рекомендовано	Порядок визначення
Макроекономічне значення ПГП	Комісією з макроекономіки ВООЗ	Показник ВВП, що припадає на душу населення країни, помножений на три
Методика, що передбачає використання значень інкрементальних показників «витрати – ефективність» («incremental cost – effectiveness ratio» – ICER) або «витрати – корисність (утилітарність)» («incremental cost – utility – ICUR)	Національним інститутом охорони здоров'я та клінічної досконалості (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE), Великобританія	Порогові значення ICER/ICUR, що коливаються у діапазоні від £20,000 до £30,000 на один додатково збережений рік якісного життя хворого, дають змогу стверджувати про можливість включення ІМТ до програм державного фінансування або обов'язкового медичного страхування (ОМС)
Ретроспективний метод	Експертне опитування рекомендовано для країн з низьким та середнім рівнями розвитку ОЗ і ФЗ. Для країн з високорозвинутою системою ОЗ і ФЗ рекомендовано опитування окремих груп хворих або категорій населення	Організація та проведення різних видів опитування груп споживачів медичних та фармацевтичних послуг або експертів, наприклад, методом випадкової оцінки з відкритими та закритими запитаннями, спільного аналізу, умовної оцінки тощо

стали з'являтися публікації, що висвітлювали питання оцінки у вартісних показниках можливостей бути готовими до витрат за використання ІМТ окремими категоріями населення або групами хворих [4, 13, 14, 19].

За умов активного розвитку медицини та суміжних з нею галузей знань, а також істотних змін, що відбулись на світовому ФР, виникла негайна потреба у визначенні вартісної межі ефективності витрат держави та суспільства в цілому за використання ІМТ з метою збереження одного року ЯЖ [18, 21, 22]. Враховуючи високий інноваційний рівень розвитку американської системи ОЗ й ФЗ населення, логічним виглядає той факт, що саме у США вперше був розрахований показник ПГП. Так, у 1982 р. Капланом було визначено порогове значення (50 000-100 000 дол. США) витрат, що пов'язані зі збереженням одного року додаткового ЯЖ пацієнта з хронічною нирковою недостатністю, який знаходиться на гемодіалізі [4, 13, 19, 22]. У багатьох країнах світу показник ПГП вже використовується з метою оцінки раціональності витратної політики у системі ОЗ і ФЗ населення, але єдиного підходу до його визначення досі, на жаль, не існує. Так, наприклад, у таких високорозвинутих із соціально-економічної

точки зору країнах, як Японія, Південна Корея, Тайвань сьогодні відсутні загальноприйняті методики визначення порогових значень раціональності витрат при впровадженні ІМТ у практичну ОЗ [5, 13, 15, 17]. Це свідчить не лише про складність у визначенні ПГП, а й про суперечливе ставлення і бачення сутності зазначеного показника у загальній системі суспільних цінностей різних країн світу.

У сучасному визначенні показник ПГП – це порогове значення фармакоекономічної доцільності (cost-effectiveness threshold) витрат, яких можуть зазнати держава і суспільство з метою досягнення терапевтичного ефекту або будь-яких сурогатних точок для певної групи хворих або категорії населення [15]. У табл. 1 наведена характеристика трьох основних методів визначення показників ПГП, що використовуються у фармакоекономічних дослідженнях [5, 15, 17, 21]. Зупинимося на стислій характеристиці зазначених методів, їх недоліках та особливостях використання в практичній ОЗ і ФЗ.

Перший метод визначення ПГП передбачає використання макроекономічних показників ВВП (англ. Gross Domestic Product – GDP) та кількості населення, що мешкає в країні. Якщо показник витрат на один рік

збереженого ЯЖ пацієнта нижчий, ніж значення WTP, MT вважається рентабельною. Якщо значення витрат, що пов'язані із застосуванням MT, не більше, ніж показник двох WTP, зазначена технологія визначається як прийнятна, від двох до трьох WTP – гранично прийнятна, а більше трьох значень WTP – неприйнятна [6, 17, 19].

Залежно від мети досліджень та бази порівняння можуть бути використані дані номінального та реального ВВП. Так, номінальний ВВП визначається як обсяг виробництва товарів і послуг, що розрахований у поточних цінах, які діяли на момент їх виробництва або надання відповідно. У розрахунках реального ВВП використовуються дані обсягів виробництва або надання послуг, що вимірюються у базових (незмінних) цінах. Реальний ВВП може бути розрахований шляхом коригування значень номінального ВВП на індекс цін за відповідний період часу [8].

Метод розрахунків ПГП за показником ВВП країни є досить простим і потребує незначного матеріального забезпечення, але має певні обмеження у використанні його результатів. Так, на думку фахівців з Експертної ради міністерської конференції ВООЗ із систем ОЗ (2008 р.), показник ВВП країни, розрахований на душу населення і помножений на три, може використовуватися у визначенні ПГП з певними обмеженнями [14]. Насамперед це пов'язано з наявністю гносеологічної проблеми, сутність якої полягає у неможливості адекватної оцінки потреб суспільства та окремої людини у збереженні здоров'я та життя у вартісному показнику. Визначення показника ВВП на душу населення в єдиному вартісному вираженні, наприклад, у дол. США або євро, на перший погляд, дозволяє, проводити аналіз і порівняння показників ПГП у різних країнах світу. При цьому вважаємо, що на практиці зазначений підхід потребує коректування за групами країн, що мають спільні риси у розвитку національних систем ОЗ і ФЗ, економіки та державотворення в цілому та менталітеті населення. Це обумовлено різним ставленням держави, суспільства, окремої людини до визначення та наповнення змістом таких важливих показників, що характеризують рівень розвитку гуманістичних тенденцій у країні, як «цінність здо-

ров'я», «цінність життя» та ЯЖ. Різний зміст цих понять, що історично сформувався у країнах світу, безпосередньо впливає на можливість окремої людини або держави у вартісному вираженні реалізувати та підтримувати цінність здоров'я та життя на відповідному якісному рівні. Це обумовлює особливості побудови всієї інфраструктури системи ОЗ і ФЗ та напрямки її розвитку.

Важливе значення також має формування системного погляду на саме поняття «готовності платити» за ту чи іншу ІМТ у системі суспільних цінностей. Так, «готовність платити» за використання сучасної МТ з метою збереження життя та здоров'я на відповідному рівні не є лише бажанням держави, суспільства або окремої людини. Це вартісне вираження вільного вибору по-жертвувати чимось заради досягнення найвищої суспільної цінності – здоров'я і життя людини. Тому вважаємо, що зміст таких понять, як «цінність життя», «цінність здоров'я», ЯЖ в існуючій шкалі суспільних та особистих цінностей громадян різних країн світу створює об'єктивні обмеження для використання методу розрахунку ПГП за даними ВВП. Це обумовлює необхідність розробки національно адаптованих методик розрахунків показників ПГП.

На початковому етапі порівняння даних ПГП, що розраховуються за даними ВВП, може бути проведено за групами країн з урахуванням спільних рис їх історичного розвитку, особливостей формування національного менталітету, типу або рівня розвитку систем ОЗ і ФЗ, наприклад, за класифікацією ВООЗ. Так, ВООЗ визначає у світі три групи країн (низькорозвинуті, середньорозвинуті та високорозвинуті) [14]. В основу класифікації ВООЗ покладено три показники:

- витрати на медичне і фармацевтичне забезпечення, що припадають на душу населення (дол. США);
- питома вага державних витрат на медицину і фармацію від ВВП країни;
- питома вага державних витрат на медичне і фармацевтичне обслуговування населення у загальному бюджеті системи ОЗ і ФЗ населення (табл. 2).

Наступне важливе обмеження у використанні зазначеного методу полягає в тому, що у розрахунках ВВП не враховуються

Таблиця 2

КЛАСИФІКАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОЗ І ФЗ ЗА РІВНЕМ РОЗВИТКУ (ВООЗ)

Групи країн за показниками аналізу		
Слаборозвинуті	Середньорозвинуті	Високорозвинуті
<i>Витрати на медичне та фармацевтичне забезпечення, що припадають на душу населення (дол. США)</i>		
Не більше 27 дол. США	Від 28 до 170 дол. США	Від 171 до 2000 і вище дол. США
<i>Питома вага (%) державних витрат на медицину і фармацію від ВВП країни</i>		
Від 2,1 до 3,4 %	Від 3,5 до 5,5 %	Від 5,6 % і вище
<i>Питома вага (%) державних витрат на медичне і фармацевтичне обслуговування населення у загальному бюджеті системи ОЗ і ФЗ населення</i>		
Від 49 до 58 %	Від 59 до 70 %	Від 70 % і вище

економічний і суспільний внески людей, що офіційно не працюють, але беруть активну участь у формуванні соціально-економічних цінностей. Наприклад, це домогосподарки, помічники з догляду за інвалідами, жінки, що займаються винятково вихованням дітей, та ін. [14, 20].

Труднощі у монетаризації таких понять, як «цінність життя», «цінність здоров'я» та ЯЖ також потребують більш поглиблених досліджень, насамперед для визначення напрямків їх ефективного застосування (прогнозування економічного розвитку країни, розробки раціональних моделей розподілу фондів медичного страхування, маркетингової привабливості впровадження різних МТ тощо).

Другий метод визначення ПГП передбачає використання результатів аналізу інкрементальних показників «витрати – ефективність» («incremental cost – effectiveness ratio» – ICER) або «витрати – корисність (утилітарність)» («incremental cost – utility» – ICUR) [4, 13, 15]. Як відомо, результати цих методів визначають додаткову суму, яку необхідно витратити на збереження одного додаткового року збереженого життя (LYG) – метод «витрати – ефективність» або ЯЖ (QALY) – «витрати – корисність (утилітарність)». Використання результатів зазначених методів фармакоекономічних досліджень у визначенні показників ПГП був запроваджений у Великобританії співробітниками Національного інституту ОЗ та удосконалення медичного обслуговування (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE), що був створений у 1999 р. з метою розробки та впровадження раціональних механізмів надання доступної МД

і ФД населенню на рівних правах. Це незалежна громадська організація, на яку покладені функції національної агенції з оцінки медичних технологій (ОМТ) [7, 9].

Важливою умовою для ефективного використання даних аналізу інкрементальних показників ICER і ICUR у визначенні порогових значень раціональності витрат в організації лікувального процесу є наявність результатів клінічних досліджень з необхідним рівнем доказовості отриманих результатів. Для вітчизняної системи ОЗ і ФЗ використання методу розрахунків ПГП за даними аналізу інкрементальних показників виглядає проблематичним насамперед з двох позицій.

По-перше, в Україні, на превеликий жаль, добре не розроблені та не затверджені стандарти проведення фармакоекономічних досліджень, які прийняті вже у Польщі («Настанова з проведення фармакоекономічних оцінок»), Угорщині, («Угорські пропозиції до методології стандартів в ОЗ»), Словаччині («Настанови з економічних оцінок інновацій в охороні здоров'я») та РФ [7, 9]. Цікавим є той факт, що у РФ «Галузевий стандарт клініко-економічного дослідження – ОСТ 91500.14.0001-2002» був затверджений ще у 2002 р. (наказ МОЗ Росії від 27.05.2002 р. № 163), а з 01.06.2015 р. набув чинності Національний стандарт «Оцінка медичних технологій – ДОСТ Р 56044 2014» (наказ Федеральної агенції з технічного регулювання і метрології РФ від 14.06.2014 р. № 568-ст) [2].

По-друге, важливою перешкодою у розрахунках ПГП за даними аналізу інкрементальних показників є висока вартість процесу організації, проведення та інтерпре-

тації результатів фармакоекономічних досліджень за методом «витрати – користність (утилітарність)» та об'єктивні труднощі з оцінкою вартісних показників у фармакоекономічних дослідженнях. Для вирішення цієї проблеми вітчизняними ученими запропоновано у перехідний період використовувати так звану «фармакоекономічну оцінку» ефективності використання МТ. Такий підхід є загальною складовою ОМТ і передбачає поряд з показниками клінічної ефективності використовувати у розрахунках лише прямі медичні витрати [7].

Третій метод визначення показників ПГП базується на результатах опитування експертних груп (лікарів, провізорів/фармацевтів, страховиків з медичного страхування та ін.), а також окремих груп хворих і категорій населення. Наразі цей метод визначення ПГП знаходиться на початковій стадії запровадження в практичну ОЗ і ФЗ. У спеціальній літературі зазначається, що у країнах з низьким і середнім рівнями розвитку системи ОЗ і ФЗ для визначення порогових значень ефективності витрат у застосуванні тих чи інших МТ більш поширено опитування експертних груп. У національних системах ОЗ і ФЗ з високим рівнем розвитку для вирішення аналогічних завдань рекомендовано проводити анкетування окремих груп хворих або категорій населення [5, 13, 15].

За результатами систематизації даних спеціальної літератури та власних досліджень нами розроблені методологічні підходи щодо визначення показника ПГП та окреслені напрямки його ефективного використання у процесі реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ. Обґрунтування використання того чи іншого методу розрахунків показника ПГП має базуватися на:

- чітко сформульованій меті та окреслених напрямках використання результатів досліджень;
- аналізі змісту проблеми та сукупності факторів, що впливають на процес, який розглядається;
- результатах даних клінічної ефективності використання МТ з необхідним рівнем доказовості отриманих результатів;
- використанні стандартизованого комплексу інструментаріїв, що закріплені у відповідних нормативно-правових актах;

- можливості залучення сучасних інформаційних продуктів з метою оперативної обробки результатів досліджень;
- формуванні об'єктивних умов для прозорості та доступності для різних користувачів інтерпретації результатів досліджень.

Важливою умовою для ефективного використання даних розрахунків і аналізу показників ПГП є визнання того, що цей показник є **комплексним** за змістом, **універсальним** у використанні і таким, що **динамічно розвивається** у навколишньому середовищі. Необхідно також чітко окреслити коло користувачів результатів розрахунків і аналізу показника ПГП: зовнішні або внутрішні по відношенню до системи ОЗ і ФЗ. Крім цього, за участю фахівців різних спеціальностей (лікарів, провізорів, економістів, маркетологів, страховиків, математиків та ін.) необхідно розробити універсальну методику розрахунків ПГП, яка б дозволила оцінювати реальну соціально-економічну межу раціональності витрат та проводити аналіз зазначених показників з урахування національних особливостей у формуванні базових цінностей у суспільстві і перспективних напрямків розвитку систем ОЗ і ФЗ.

Наступним кроком має стати нормативно-правове закріплення пріоритетності та порядку використання методики визначення ПГП, що здійснюється на макроекономічному рівні. Саме у порівнянні з показником ПГП, який визначений за такою методикою, може бути оцінена соціально-економічна доцільність використання тієї чи іншої МТ у практичній ОЗ і ФЗ населення. Цей показник повинен виконувати функцію вартісної межі можливостей держави та окремої людини на певному етапі розвитку суспільства бути готовим до витрат з метою збереження одного року життя, здоров'я людини на відповідному якісному рівні. Всі інші методики визначення ПГП можуть мати додатковий характер, а їх використання передбачає вирішення широкого спектра проблем на різних рівнях їх формування. При розвитку вітчизняної системи ОЗ і ФЗ в інноваційному напрямку результати розрахунків ПГП за додатковими методиками може коливатися у широкому

діапазоні значень. Як свідчить закордонний досвід (Австралія, Канада), якщо і в організації лікувального процесу та ФЗ хворих постійно залучаються нові МТ, наявність дельти між максимальним та мінімальним значеннями показника ПГП є об'єктивною та необхідною умовою у побудові раціональної витратної політики [5, 13].

На сьогодні жоден із фахівців не має сумніву відносно того, що управління процесом оцінки раціональності витратної політики у системі ОЗ і ФЗ, також і з використанням показників ПГП, має бути покладено на Національну агенцію з ОТЗ як незалежну громадську організацію. Тому в найближчий час створення такої організації має бути першочерговим завданням у напрямку розбудови національної системи ОЗ і ФЗ населення.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Встановлено, що ПГП є соціально-економічним поняттям, яке має глибинні історичні корені розвитку і тісно пов'язане з рівнем розвитку економіки, суспільства та особливостями формування національного розуміння понять «цінність життя», «цінність здоров'я», ЯЖ.

2. Порівняння даних порогових значень спроможності платити за використання різних МТ у різних країнах має здійснюватися з урахуванням зовнішніх і внутрішніх факторів, що впливають на формування змісту і рівня базових суспільних цінностей. На початковому етапі дослідження можливе проведення аналізу ПГП за даними групи країн (класифікація ВООЗ) за рівнем розвитку систем ОЗ і ФЗ.

3. Доведено, що у різних країнах мають бути розроблені адаптовані до національних особливостей розвитку систем ОЗ і ФЗ методики визначення ПГП, результати яких можуть бути використані у вирішенні широкого спектра проблем.

4. За результатами аналізу існуючих методик визначення ПГП та з урахуванням реалій розвитку й напрямків реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ визначені заходи, що сприятимуть формуванню наукової бази розрахунків ПГП, та окреслені умови ефективного використання їх результатів.

5. За сучасним визначенням, ПГП є комплексним за змістом, універсальним у використанні і таким, що динамічно розвивається, показником.

6. Доведено необхідність нормативно-правового закріплення пріоритетності та порядку використання методики розрахунку ПГП за макроекономічними показниками. Всі інші методики мають автоматично отримувати додатковий статус і використовуватися для вирішення комплексу проблем в організації раціональних моделей медичного і ФЗ населення.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Алехина Г. А. Классификация основных концепций оценки человеческой жизни / Г. А. Алехина // Известия Томского политехнического университета. Экономика. – 2007. – Т. 311, № 6. – С. 119–123.
2. Банк документов. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents>
3. Готовність сплачувати за послуги лікарів при первинному контакті в Україні: Результати суб'єктивного оцінювання / А. І. Данилов, М. Павлова, І. М. Грига, В. Гроот // Контроль над табаком и общественное здравоохранение в Восточной Европе. – 2011. – Т. 1, № 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-platit-za-uslugi-vrachey-pri-pervichnom-kontakte-v-ukraine-rezultaty-subektivnogo-otsenivaniya>.
4. Деркач Е. В. Анализ «готовности платить» за лечение больных с критической ишемией нижних конечностей / Е. В. Деркач, П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rspor.ru/mods/kea/Ready_to_pay_example.doc
5. Зеленова О. В. Определение порога готовности общества платить за сохраненный год качественной жизни: методология и предел эффективности затрат в различных странах мира / О. В. Зеленова, В. И. Чиссов, В. И. Стародубов // Российский онкологический журнал. – 2010. – № 6. – С. 46–48.

6. Калашникова М. Ф. Клинико-экономический анализ современной тактики лечения больных с метаболическим синдромом / М. Ф. Калашникова, В. А. Учамприна, Т. И. Романцова, А. Н. Герасимов // Фармакоэкономика. – 2014. – № 2. – С. 116–125.
7. Немченко А. С. Методологічні принципи оцінки технологій в охороні здоров'я й фармації за кордоном та в Україні : метод. рек. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Немченко. – К., 2011. – 20 с.
8. Небава М. І. Теорія макроекономіки / М. І. Небава [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://posibnyky.vntu.edu.ua/makro_ek/25.htm
9. Мендрик О. Перспективи використання оцінки медичних технологій в Україні. Досвід провідних країн світу / О. Мендрик // Український медичний часопис – 2010. – № 6 (80) XI – XII 2010 г. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/7570/perspektivi-vikoristannya-ocinki-medichnix-tekhnologij-v-ukraini-dosvid-krain-centralnoi-ta-zaxidnoi-yevropi>
10. Панфилова А. Л. Анализ динамики показателя порога готовности платить в системе здравоохранения и фармацевтического обеспечения в Украине / А. Л. Панфилова // Фармакоэкономика. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 87.
11. Панфилова А. Л. Исследование показателя «Порога готовности платить» за использование инновационной медицинской технологии в лечении больных лейкозами / А. Л. Панфилова, О. В. Цурикова, Ю. Е. Николаева // Фармация Казахстана. – 2015. – № 5. – С. 21–27.
12. Панфилова Г. Л. Результати досліджень показника «порога готовності сплатити» в системі охорони здоров'я та фармацевтичному забезпеченні населення України / Г. Л. Панфілова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 4 (36). – С. 53–58.
13. Результаты первого в России исследования определения порога готовности платить (ПГП) за сохраненный год качественной жизни в онкологии методом условной оценки / О. В. Зеленова, И. М. Сон, И. Г. Русаков, Л. В. Болотина // Российский онкологический журнал. – 2011. – № 5. – С. 36–39.
14. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Дж. Фигерас, М. МакКи, С. Лессоф и др. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf
15. Ягудина Р. И. Определение «порога общества платить в России, в Европейских странах и в странах СНГ» / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Т. Нгуен // Фармакоэкономика. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 7–12.
16. Яковлева Л. В. Оценка рентабельности комплексной кардиоваскулярной терапии с применением оротата магния у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / Л. В. Яковлева, О. Н. Кириченко, О. Я. Мищенко // Рациональная фармакотерапия. – 2011. – № 3. – С. 38–42.
17. Chapman R. H. When does quality-adjusting life-years matter in cost-effectiveness analysis? / R. H. Chapman, M. Berger, M. C. Weinstein et al. // Health Economics. – 2004. – Vol. 13. – P. 429–436.
18. Gyrd-Hansen D. Willingness to pay for a QALY / D. Gyrd-Hansen // Health Economics. – 2003. – Vol. 12. – P. 1049–1060.
19. Kaplan R. M. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis / R. M. Kaplan, J. W. Bush // Health Psychology. – 1982. – Vol. (1). – P. 61–80.
20. Scott D. G. Assessing cost-effectiveness in healthcare: history of the \$50,000 per QALY threshold? / D. G. Scott // Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. – 2008. – Vol. 8 (2). – P. 165–178.
21. Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? / K. Claxton, A. Briggs, M. J. Buxton et al. // British Medical Journal. – 2000. – Vol. 8. – P. 251–254.
22. What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? / P. A. Ubel, R. A. Hirth, M. E. Chernew, A. M. Fendrick // Archives of Internal Medicine. – 2003. – Vol. 163. – P. 1637–1640.

REFERENCES

1. Alekhine GA. Izvestiya Tomskogo politekhnicheskogo universiteta. Ekonomika. 2007; 311(6): 119–123.

2. Bank documentov. Ministerstva zdorovoohranenija Rosiyaskoy Federatsii. [serial online] 2015 : Available from URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents>.
3. Danilov AI, Pavlova M, Grieg IM., Groot B. Kontrol nad tabakom i obshestvennoe zdoravooхранenie. [serial online] 2011; Jan 1 (1): Available from URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-platit-za-uslugi-vrachey-pri-pervichnom-kontakte-v-ukraine-rezultaty-subektivnogo-otsenivaniya>.
4. Derkach EV, Vorobyev PA, Avksentyev MV. [serial online]: Available from URL: http://www.rspor.ru/mods/kea/Ready_to_pay_example.doc.
5. Zelenova OV, Chissov VI, Starodubov VI. Rosiyaskiy onkologicheskij zhurnal. 2010; (6): 46-48.
6. Kalashnikov MF, Uchamprina VA, Romanova TI, Gerasimov AN. Farmakoeconomika. 2014; (2): 116-125.
7. Nemchenko AS, Kosyachenko KL, Nemchenko OA. [Methodological principles of technology assessment in health care and pharmacy abroad and in Ukraine]. Methodical recommendations: Izdatelstvo: Kiev; 2010. 20 p. Ukraine.
8. Nebava MI. [Theory of Macroeconomics]. [serial online]: Available from URL: http://posibnyky.vntu.edu.ua/makro_ek/25.htm.
9. Mendrik O. Ukrainskiy meditsinskiy chasopis. 2010; 11-12(6): 116-125. [serial online]: Available from URL: <http://www.umj.com.ua/article/7570/perspektivi-vikoristannya-ocinki-medichnix-tekhnologij-v-ukraini-dosvid-krain-centralnoi-ta-zaxidnoi-yevropi>.
10. Panfilova AL. Farmakoeconomika. 2015; 3(1): 87.
11. Panfilova AL, Tsurikova OV, Nikolaeva YE. Farmatsiya Kazachstana 2015; (5): 21-27.
12. Panfilova AL. Upravlinnya, ekonomika ta zabezpechennya katchestva v farmatsii. 2014; 36(4): 53-58.
13. Zelenova OV, Son IM, Rusakov IG, Bolotina LV. Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal. 2011; (5): 36-39.
14. Figueras Dzh., McKee M., Lessof S. Durand A, Menabde A. [Health systems, health and wealth: Assessing case for investing into health systems]. [serial online]: Available from URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf
15. Yagudina RI, Kulikov AY, Nguyen T. Farmakoeconomika. 2011; 4(1):7-12.
16. Yakovleva LV, Kirichenko ON, Mishchenko OA. Ratsionalnaya farmakoterapiya. 2011; (3): 38-42.
17. Chapman RH, Berger M, Weinstein MC et. al. Health Economics. 2004; 13: 429-436.
18. Gyrd-Hansen D. Health Economics. 2003; 12: 1049-1060.
19. Kaplan RM, Bush JW. Health Psychology. 1982; 11(1): 61-80.
20. Scott DG. Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2008; 8(2):165-178.
21. Claxton K, Briggs A, Buxton MJ, Culyer AJ, McCabe C., Walker S., Sculpher MJ. British Medical Journal. 2000; 8:251-254.
22. Ubel PA, Hirth RA, Chernew ME, Fendrick AM. Archives of Internal Medicine. 2003; 163:1637-1640.

УДК 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ «Порог готовности платить» в условиях реформирования системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в Украине**А. Л. Панфилова**

В статье представлены результаты анализа существующих методик определения показателя «порог готовности платить» за использование различных медицинских технологий с целью сохранения жизни, а также здоровья на соответствующем качественном уровне. Автором обозначены основные ограничения в использовании различных методик и определены перспективы их использования в отечественном здравоохранении и фармацевтическом обеспечении населения. Обоснована необходимость разработки национально адаптированных методик определения показателя «порог готовности платить» в различных странах мира, которые должны учитывать особенности формирования наивысших общественных ценностей и уровень развития систем здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения. Отмечено, что «порог готовности платить» является комплексным по содержанию, универсальным в использовании и динамически развивающимся показателем. В результате проведенных исследований определены мероприятия и обозначены условия их эффективного использования на пути реформирования национальной системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в направлении внедрения гуманистических принципов развития общества.

Ключевые слова: порог готовности платить, порог фармакоэкономической целесообразности, фармакоэкономический анализ.

UDC 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

DEVELOPMENT OF METHODOLOGICAL APPROACHES IN DETERMINING THE “THRESHOLD WILLINGNESS TO PAY” INDICATOR UNDER REFORM OF THE HEALTHCARE SYSTEM AND PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE POPULATION OF UKRAINE**G. L. Panfilova**

The article presents the results of analysis of existing methods for determining the “threshold willingness to pay” indicator for the use of various medical technologies in order to save lives and health at the appropriate level of quality. The author has identified the main limitations in using different methods, and prospects of their promising application in the domestic healthcare and pharmaceutical provision of the population. The necessity of the methodology development for determining the “threshold willingness to pay” indicator that must be adapted for different countries has been substantiated. These methods should be taken into account especially when forming the social values and the highest level of health and pharmaceutical provision of the population. The author notes that “the threshold of willingness to pay” is complex in content, universal in use and a dynamically developing indicator. As a result, research activities have been developed, and conditions for efficient use these activities have been identified to reform the national healthcare system and the pharmaceutical provision of the population in the direction of introduction of humanistic principles of the social development.

Key words: threshold of willingness to pay, threshold of pharmacoeconomic expediency, pharmacoeconomic analysis.